

**A.I.A.S.**  
**Associazione Italiana Assistenza Spastici**

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N.1070 DEL 28/05/1968 Sezione di

San Filippo del Mela – O.N.L.U.S.

cod. Fiscale 01952490835

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.D**

**REVOCA CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore

Legale Rappresentante

Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata tramite costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

**REVOCO**

**IL CONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E CHE LO STESSO NON SIA PIU' IMPLEMENTATO CON I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI.**

Firma \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

- La revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico comporta che lo stesso non sarà più implementato e le informazioni sanitarie presenti resteranno disponibili al solo personale sanitario di reparto che le ha redatte e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non potranno più essere condivise con gli altri reparti che La seguono e/o che La seguiranno nel percorso riabilitativo;
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_